PANEL 18

FORMULARIO APROBADO
OMB No. 0935-0118
Fecha de vencimiento: 12/31/2015

FORMULARIO DE
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LAS FACTURAS Y ARCHIVOS MÉDICOS
ENCUESTA DE REGISTRO DE GASTOS MÉDICOS –
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS

A. Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: ( ) _____ - _____
Código del área

B. Estoy participando voluntariamente en la Encuesta de Registro de Gastos Médicos (MEPS), un estudio sobre el uso y los gastos relacionados con los servicios de la salud, que está realizando el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Autorizo y solicito que se provea al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y a sus contratistas la información médica o financiera que necesiten sobre todos los servicios médicos que se me han prestado durante el período entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. Este formulario de autorización cubre toda la atención recibida en su institución durante este período, incluyendo tratamientos para la salud mental, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades venéreas, el VIH, el SIDA, o la anemia drepanocítica o de células falciformes. También cubre la atención recibida durante el mismo período de parte de cualquier proveedor médico asociado con su institución o que me dio tratamiento en su institución.

Entiendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés)(1) prohíbe que se divulgue mi información sin mi autorización. Este formulario (o una fotocopia de este formulario) le da mi autorización. He firmado este formulario voluntariamente, entendiendo que mi decisión de firmar o no firmar no afectará de ninguna manera mi elegibilidad para cualquier tratamiento, pago, inscripción o beneficio al que tengo derecho.

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos y sus contratistas usarán esta información para complementar la información que ya he dado para la investigación de MEPS sobre los usos y costos de los servicios de salud. Entiendo también que una vez que se divulgue mi información al estudio, ya no está protegida por la HIPAA, pero que sí está protegida por los Artículos 944(c) y 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)], los cuales exigen que no se divulgue información que me pudiera identificar salvo que haya dado mi consentimiento a tal divulgación.

Autorizo que el estudio use la información que he dado durante la encuesta para ayudarle a identificar mis expedientes. Entiendo también que puedo retirar esta autorización en cualquier momento escribiendo o llamando por teléfono a un representante del estudio, pero que mi anulación no afectará las divulgaciones que dependen de mi autorización que hayan sido hechas por un proveedor. De otro modo, esta autorización vence en 30 meses a partir de la fecha en que se la firmó.

C. 1. Nombre del/de la paciente _____

2. Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
Mes **Día** **Año**

3. Otros nombre bajo los cuales pueden estar archivados mis registros _____

D. 4. _____
Firma del/de la paciente – firme si su edad es 14 años o más

5. Fecha en que firmó _____

SI EL/LA PACIENTE TIENE DE 14 A 17 AÑOS, TANTO EL/LA PACIENTE COMO EL/LA PADRE/MADRE/TUTOR DEBEN FIRMAR Y PONER LA FECHA

E. 6. _____
Firma del padre/madre, tutor, testigo o apoderado

7. Fecha en que firmó _____

8. _____
Relación del firmante con el/la paciente

9. Razón por la que firma el padre/madre, tutor, testigo o apoderado:
☐ Paciente de 13 años o menor ☐ Paciente discapacitado
☐ Paciente de 14 a 17 años ☐ Paciente ha fallecido

FIELD USE ONLY: RU ID: _____ REGION: _____ PROVID: _____ PID: _____

(1) Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud: 42 U.S.C. 1320d-2 y 1320d-4 y la regulación de ejecución, 45 CFR 164.508, requieren una autorización detallada para que su proveedor de servicios de salud divulgue información de salud de sus expedientes para propósitos de investigación.

Se calcula que el promedio de tiempo necesario para esta recolección de información es de 3 minutos por entrevista, el tiempo necesario para responder esta entrevista. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección a menos que ésta muestre un número de control vigente de OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo necesario o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias sobre cómo reducirlo a AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (0935-0118) AHRQ, 540 Gaither Road, Room # 5036, Rockville, MD 20850.

_____ **SCAN:** ☐ **Yes** ☐ **No** _____
CODE **FIID**

MUESTRA